**APLICACIÓN PARA COMIDA GRATIS O
A PRECIOS REDUCIDOS –ADULTOS
AÑO FISCAL 2009**

Para solicitar comidas gratis o a precios reducidos en un centro para el cuidado diurno de adultos, llene, firme, y regrese esta Declaración de Impuestos al centro

1ra Parte	<p style="margin: 0;">NOMBRE (Apellido, Nombre) FIRMA</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p>																													
2da Parte	<p>Llene esta parte si recibe asistencia publica, o recibe un cheque de Seguridad de Ingreso Suplemental (SSI), o es miembro de una familia que recibe estampillas de comida. Sí no recibe asistencia pública, proceda a la Parte 3.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 10%;">Estampillas de Comida Número del Caso</th> <th style="width: 10%;">Asistencia en Efectivo Número del Caso</th> <th style="width: 10%;">FDPIR Número del Caso</th> <th style="width: 10%;">ALTCs/AHCCCS #</th> <th style="width: 10%;">SSI Número de I.D.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. NOMBRE (Apellido, Nombre) _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>							Estampillas de Comida Número del Caso	Asistencia en Efectivo Número del Caso	FDPIR Número del Caso	ALTCs/AHCCCS #	SSI Número de I.D.	1. NOMBRE (Apellido, Nombre) _____	_____	_____	_____	_____	_____	2. _____	_____	_____	_____	_____	_____	3. _____	_____	_____	_____	_____	_____
	Estampillas de Comida Número del Caso	Asistencia en Efectivo Número del Caso	FDPIR Número del Caso	ALTCs/AHCCCS #	SSI Número de I.D.																									
1. NOMBRE (Apellido, Nombre) _____	_____	_____	_____	_____	_____																									
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____																									
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____																									
3ra Parte	<p>Llene esta parte sólo si la Parte 2 no se aplica a su caso.</p> <p>OTROS MIEMBROS DE LA CASA: Apunte el nombre de <u>todos</u> los habitantes en su casa. INCLUYASE CUALQUIER OTRA PERSONA(S) DEPENDIENTE QUE VIVA CON USTED.</p> <p>INGRESO MENSUAL: Apunte todos los ingresos que cada persona recibió en el mes previo en la misma línea de su nombre. Apunte el ingreso total ANTES de los deducciones de impuestos, seguro social, etc. Para propietarios apunte los ingresos después de las deducciones.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 15%;"><u>Ingreso Mensual del Trabajo (Antes de Deducciones)</u></th> <th style="width: 25%;"><u>INGRESO MENSUAL</u> Pago Mensuales de Bienestar, Sostenimiento de Niños, Asistencia del Ex-Marido, Asistencia en Efectivo, Pensiones Mensuales como el Retiro, Militar, Seguro Social, etc.</th> <th style="width: 20%;"><u>Todos lo demás Ingresos Mensuales</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. NOMBRE (Apellido, Nombre) _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>4. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>5. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>							<u>Ingreso Mensual del Trabajo (Antes de Deducciones)</u>	<u>INGRESO MENSUAL</u> Pago Mensuales de Bienestar, Sostenimiento de Niños, Asistencia del Ex-Marido, Asistencia en Efectivo, Pensiones Mensuales como el Retiro, Militar, Seguro Social, etc.	<u>Todos lo demás Ingresos Mensuales</u>	1. NOMBRE (Apellido, Nombre) _____	_____	_____	_____	2. _____	_____	_____	_____	3. _____	_____	_____	_____	4. _____	_____	_____	_____	5. _____	_____	_____	_____
	<u>Ingreso Mensual del Trabajo (Antes de Deducciones)</u>	<u>INGRESO MENSUAL</u> Pago Mensuales de Bienestar, Sostenimiento de Niños, Asistencia del Ex-Marido, Asistencia en Efectivo, Pensiones Mensuales como el Retiro, Militar, Seguro Social, etc.	<u>Todos lo demás Ingresos Mensuales</u>																											
1. NOMBRE (Apellido, Nombre) _____	_____	_____	_____																											
2. _____	_____	_____	_____																											
3. _____	_____	_____	_____																											
4. _____	_____	_____	_____																											
5. _____	_____	_____	_____																											
4ta Parte	<p>Nombre (en letra imprenta) _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>_____</p> <p>Teléfono (casa) _____</p> <p>Teléfono (trabajo) _____</p> <p style="text-align: right;">Certifico que toda la información es verdadera y correcta. Entiendo que doy esta información para poder recibir fondos federales; que la información que aparece en la solicitud se puede verificar; y que si doy información falsa intencionalmente, podré ser juzgado bajo las leyes estatales y federales que se apliquen al caso.</p> <p>CONFIDENCIALIDAD: La información que usted proporcione se tratará en completa confidencia y será usada solamente para determinar elegibilidad y verificación de información para los propósitos de Programa de Alimentación de Niños y Adultos de cuidado.</p> <p>Firma y Número de Seguridad Social del miembro adulto o escriba la palabra <i>NINGUNO</i>.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Firma</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Numero de Seguro Social (Sí no lo tiene, indique "no tengo")</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Fecha</td> </tr> </table>						Firma	Numero de Seguro Social (Sí no lo tiene, indique "no tengo")	Fecha																					
Firma	Numero de Seguro Social (Sí no lo tiene, indique "no tengo")	Fecha																												

To be completed by Adult Day Care Determining Official

Signature of Approval: _____
Date Approved: _____

Total Household Size: _____
Total Monthly Income: _____

Eligibility category:
() Free
() Reduced
() Paid

**APLICACIÓN PARA COMIDA GRATIS O
A PRECIOS REDUCIDOS –ADULTOS
AÑO FISCAL 2009**

Estimados Participantes o Tutores:

El Programa de Alimentación de Niños y Adultos de cuidado requiere que el reembolso que este centro recibe por las comidas servidas a todos los participantes esté basado en la información de ingresos sometida por cada adulto. Esto lo beneficia a usted porque nos ayuda a mantener el precio por cada adulto a un nivel bajo. Está información será confidencial. Si sus ingresos son menores o iguales a los ingresos que se indican abajo, el centro recibirá un reembolso mayor por las comidas que se le sirvan.

DIAGRAMA DE INGRESOS

Efectivo desde Julio 1 de 2008 hasta Junio 30 de 2009

Número de miembros

en la familia	ANNUAL	MENSUAL	SEMANAL
1	\$19,240	\$1,604	\$370
2	25,900	2,159	499
3	32,560	2,714	627
4	39,220	3,269	755
5	45,880	3,824	883
6	52,540	4,379	1,011
7	59,200	4,934	1,139
8	65,860	5,489	1,267

Por cada miembro de

Familia adicional añade	+6,660	+555	+129
-------------------------	--------	------	------

En el Programa De Alimentación de Niños y Adultos de Cuidado Diurno, ningún adulto será discriminado debido a su raza, color, origen, sexo, edad, o incapacidad. Si usted cree que ha sido discriminado en cualquier actividad relacionada con el USDA, usted debe de escribir inmediatamente a la Secretaría de Agricultura a: Secretary of Agriculture, Washington, DC 20250.

ADULTOS CON INCAPACIDADES: Si el médico ha determinado que el participante está incapacitado y la incapacidad lo previene de comer una comida regular, este centro hará todas las substituciones indicadas por el médico. Si se necesita una substitución, no se le cobrará cargo extra por la comida. Si usted cree que el participante necesita substituciones debido a su incapacidad, por favor comuníquese con nosotros inmediatamente y dénos más información.

El centro de cuidado diurno es elegible para reembolso de comidas gratis o a precios reducidos por los niños que reciben asistencia publica de los programas de Estampillas de Comida, Asistencia en Efectivo, o del programa FDPIR, únicamente si el nombre del adulto, el numero del caso de asistencia publica, y la firma de el miembro adulto de la familia que lleno esta Declaración de Impuestos es incluida.

El centro de cuidado diurno es elegible para reembolso de comidas gratis o a precios reducidos por los niños de familias con ingresos menores o iguales a los ingresos que se indican arriba. Para que el centro de cuidado diurno sea elegible, la Declaración de Impuestos debe de incluir documentación completa de la información solicitada, incluyendo el total del ingreso familiar, los nombres de todos los miembros de la familia, el numero del seguro social del miembro adulto de la familia que lleno esta Declaración de Impuestos, o la palabra "Ninguno" si es que no tiene un numero de seguro social, la fecha, y la firma del miembro adulto de la familia que lleno esta Declaración de Ingresos.

El centro de cuidado diurno puede ser elegible para reembolso de comidas gratis o a precios reducidos si un miembro familiar se queda sin empleo, mientras que el miembro familiar se mantenga sin empleo y si la pérdida de ingresos familiar mantienen el ingreso familiar total a un nivel de ingresos que sean menores o iguales a los ingresos que se indican arriba.

La Sección 9 de la ley nacional para el programa de comidas indica que, a menos que nos de el número de las estampillas para comida de sus niños, el número del caso del Asistencia en Efectivo o del FDPIR, usted debe de incluir en su solicitud un número del seguro social. Este debe ser el número del seguro social del miembro adulto de su familia que firme la solicitud, o una indicación de que el miembro de su familia no tiene un número del seguro social. No es obligatorio tener un número del seguro social, pero si no se provee un número del seguro social o no se hace una indicación de que el miembro que firma no tiene un número, entonces la solicitud no será aprobada. Está notificación se le debe de entregar al miembro de la familia quien firma la solicitud y cuyo número del seguro social aparece en ella. El número del seguro social puede ser usado para identificar a la persona que firma y para verificar la información incluida en la solicitud. Estos esfuerzos de verificación pueden ser llevados a cabo mediante programas de revisión, auditorías e investigaciones y puede incluir el hablar con su empleador para determinar el ingreso, con la oficina que distribuye las estampillas para comida, con la oficina de ayuda económica (Welfare), las oficinas de Asistencia en Efectivo o FDPIR para determinar los beneficios recibidos. Todo esto puede traer como resultado una pérdida o una reducción de los beneficios, demandas administrativas, o acciones legales, si la información proporcionada es incorrecta.

RAZA: Por favor indique la raza o identidad étnica de el participante. No está obligado a contestar está pregunta para obtener beneficios para comidas, pero al completar esta información ayudará a asegurar que se trata a todos en forma justa.

Blanco Anglosajón — No de Origen Hispano	Negro o Afroestadounidense	Hispano o Latino	Indio Americano o Nativo de Alaska	Nativo de Hawai o Isla Pacifico	Asiático
---	-------------------------------	---------------------	---------------------------------------	------------------------------------	----------

FAVOR DE LLENAR REVERSO DE ESTÁ PAGINA